**Request and Consent for Dental Treatment**

*El Guardián legal del niño(a) debe de llenar este formulario*.

**V11.06.08**

Petición y consentimiento para el tratamiento dental

Por favor lea esta forma *con mucho cuido*. Si usted no entiende algo a su satisfacción, por favor de preguntar. Nos daría un placer explicarle.

1. Yo pido y autorizo el tratamiento dental por el Dr. Hollowell y/o Dr. Porter, Colegas y miembros de la oficina.

**Nombre de paciente**: .

1. Yo soy **el guardián legal** del niño(a) que está nombrado arriba. (**Iniciales**)
2. Yo además pido y autorizo que tomen rayos-x orales dental (radiografías) y el uso de anestesia que se considere necesessario para el tratamiento para mi hijo(a).
3. Se me ha explicado por el Dr. Hollowell y/o Dr. Porter, Colegas y miembros de la oficina, y he tenido suficiente oportunidad de discutir las condiciones y problemas del paciente, los procedimientos y tratamientos planeados y los beneficios que razonablemente se pueden esperar de este tratamiento planeado, comparado con otros métodos alternativos o sin tratamiento alguno.
4. Es poco común que los siguientes riesgos o complicaciones pasen. Estos riesgos o complicaciones incluyen pero no son limitados a la posibilidad de dolor o molestias durante el tratamiento, hinchazón, infección, sangra miento, daños a los dientes adyacentes y a los tejidos alrededor, trastorno del desarrollo de la temporamandibula, entumecimiento temporal o permanente y reacciones alérgicas.
5. **Yo entiendo** que durante el curso de tratamiento dental del paciente, algo inesperado puede suceder que necesite otro procedimiento además de o diferente de los que están descritos en el plan de cuidado y que me consultarán antes de iniciar con el tratamiento que no están escritos en el plan de cuidado. Yo estoy enterado de que la práctica de odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no me han dado ninguna garantía en que se refiere a los resultados del tratamiento dental que el paciente recibirá en nuestra oficina.
6. **Yo entiendo** que la meta de esta oficina es para lograr el tratamiento dental usando ternura, un carácter simpático, persuasión, humor, encanto, apacibilidad, amabilidad y entendimiento. **Yo entiendo** que el tratamiento del niño(a) incluye esfuerzo para guiar su comportamiento, ayudándoles a entender el tratamiento en términos apropiados para su edad. El comportamiento será guiado usando alabanzas, explicaciones y demonstraciones de los procedimientos y de los instrumentos que usaremos, usando tonos variados de voz y volumen.
7. **Yo entiendo** que si el paciente no coopera durante los procedimientos dentales y hace movimientos de cabeza, brazos y/o de piernas, el tratamiento dental no se puede administrar de una manera segura. Durante esta mal comportamiento podrá ser necesario que las asistentes y/o la doctora tengan que sujetar las manos del paciente, estabilizarle la cabeza y/o controlar los movimientos de las piernas para la seguridad del niño(a). Yo también entiendo que normalmente usamos una almohada para los dientes que es necesario para que el niño(a) no cierre la boca accidentalmente cuando un instrumentó esté en la boca que le pueda hacer daño

**VOLTEA PORFAVOR! \_\_\_\_\_(Iniciales)**

1. **Yo entiendo** que no es raro para los niños llorar antes o mientras el tratamiento dental o directamente después cuando vean a sus padres. **Yo entiendo** que la única garantía para que mi hijo(a) no llore o que no esté feliz durante el tratamiento es si yo pido que se haga todo el tratamiento en el hospital usando anestesia general. Yo también sé que sedativos conscientes es una opción para algunos niños.
2. **Yo además entiendo**  que si el paciente no coopera durante los procedimientos dental y está moviendo su cuerpo excesivamente, el paciente tendrá que ser sujetado usando una sábana de lino (pediwrap) para prevenir daño y permitir el Dr. Hollowell y asistentes (o Colegas) dar el tratamiento necesario en una manera segura. *Yo será consultado(a) antes que usen la sábana (pediwrap).*

1. Con el propósito de avanzar la educación medica-dental; yo doy permiso para que hagan y usen cualquier fotografía del paciente para el propósito de diagnostico, científico, educativo o para investigaciones.
2. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y yo consiento al tratamiento y a los procedimientos prescritos para el paciente en el plan de cuidado*.*
3. **Yo entiendo** que puedo anular este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento y que no será iniciada ninguna otra acción basada en este consentimiento con excepción del tratamiento y los procedimientos que hayan sido ya efectuados o iniciados.
4. **Yo confirmo** que soy el guardián legal del niño(a) de quien estamos hablando en el otro lado de esta hoja. **Yo también confirmo** que he leído y entendido este documento o me lo han leído, y que todos los espacios en blanco están firmados y todos los párrafos que no aplican a mi hijo(a) serán tachados antes de que yo haya firmado este documento.

**X**

Firma de la persona que está dando Consentimiento al Tratamiento Fecha

Firma de la Doctora Fecha

Testigo Fecha

***No complete* la información abajo sino que la Doctora o un miembro de la oficina de el Doctor Robert E. Hollowell III, DDS, MSD, PLLC le pregunte.**

Yo doy mi consentimiento para la inmovilización de mi niño(a) usando la sábana (pediwrap). Todas mis preguntas han sido contestadas sobre este método de inmovilización.

**X**

Firma de la persona que esta dando Consentimiento al Tratamiento Fecha

Firma de la Doctora Fecha

Testigo Fecha